



RESPUBLIKA
IXTISOSLASHTIRILGAN
TRAVMATOLOGIYA
VA ORTOPEDIYA ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT MARKAZI

REPUBLICAN SPECIALIZED
SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER
OF TRAUMATOLOGY
AND ORTHOPEDICS



«TRAVMATOLOGIYA VA ORTOPEDIYA
RIVOJINING USTUVOR YO'NALISHLARI»
MAVZUSIDAGI X S'EZDI MATERIALLARI

90 YIL
RITOIATM

МАТЕРИАЛЫ X СЪЕЗДА
«ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ
РАЗВИТИЯ ТРАВМАТОЛОГИИ
И ОРТОПЕДИИ»





ГЕНЕРАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ

Meril

maxx
medical

ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ



BERLIN-CHEMIE
MENARINI



XPmed
MEDICAL COMPANY



WORLD MEDICINE
Pharmaceutical Company

СПОНСОРЫ



zimed[®]



СНМ[®]



ГЕДЕОН РИХТЕР



SPINE MEDICS
BE EXPERT





- Ирисметов М.Э., Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т., Хошимов Ж.Т.** 75
БЕЙКЕР КИСТАСИНИ ШАКЛЛАНИШ МЕХАНИЗМИ, ТАШХИСЛАНИШИ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ
- Ирисметов М.Э., Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т., Хошимов Ж.Т.** 77
ТАҚИМ ОСТИ КИСТАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАР АХАМИЯТИ
- Irismetov M.E., Saliev S.M., Usmanov F.M., Kadirov S.S., Ni G.V.** 78
RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE ROTATOR CUFF INJURIES OF THE SHOULDER
- Ирисметов М.Э., Холиков А.М., Шамшиметов Д.Ф., Усмонов Ф.М., Ражабов К.Н., Рустамов Ф.Р.** 79
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НАЛИЧИЕМ КИСТЫ МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА
- Ирисметов М.Э., Шамшиметов Д.Ф., Холиков А.М., Таджиназаров М.Б., Ражабов К.Н., Рустамов Ф.Р., Юнусова Н.Д.** 79
МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ
- Ирисметов М.Э., Шокиров А. М.** 81
НАШ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ПЯТОЧНОЙ ШПОРЫ
- Искаков Б.С.** 82
АНАЛИЗ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИКИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ В УСЛОВИЯХ СОБЛЮДЕНИЯ СТАНДАРТОВ JCI
- Кадиров Р.С., Раджабов Н.А., Соипов Р.Р., Курбонов Ш.Р., Лутфуллаев А.Х.** 84
ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ
- Каиржанова Г.Д., Жунусова М.А., Искаков Б.С., Шаназаров Н.А.** 85
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕХАНОТЕРАПИИ (АРТРОМОТ) В РАННЕМ ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА
- Караев Ф., Алиев Г., Али-Заде Ч.** 87
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ КТ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ
- Каримов Б.Р., Валиев Э.Ю., Исмаилов Д.А., Махкамов И.Х.** 88
ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЙ ОДА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ
- Каримов М.Ю., Салохиддинов Ф.Б., Тешабаев З.Р., Эргашев А.З.** 90
ЛАБОРАТОРНО-БИОМЕХАНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТЕРЖНЕВОГО АППАРАТА НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ НОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ
- Каримов М.Ю., Салохиддинов Ф.Б., Исмаилов Н.У., Мирзаахмедов Ф.М.** 91
РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ



ших патологии переломы длинных костей первым этапом были стабилизированы наложением разработанного аппарата внешней фиксации. В 9 случаях были стабилизированы переломы бедренных костей, в 7 случаях сочетание переломов бедренной кости и костей голени, 5 случаях переломы костей таза. После респираторной и гемодинамической стабилизации больных (в среднем через 12 дней) больным был выполнен второй этап оперативного лечения – окончательный остеосинтез. В 17 случаях был применен интрамедуллярный блокируемый остеосинтез, 5 случаях экстремедуллярный остеосинтез пластинами, в одном случае аппарат заменен на аппарат Илизарова, ввиду нагноения послеоперационной раны с тяжелым открытым переломом дистального отдела бедренной кости, в одном случае открытый остеосинтез костей таза, в 4 случаях аппарат внешней фиксации по поводу переломов таза в виду удовлетворительной репозиции и фиксации АНФ демонтирован после достижения консолидации переломов.

Осложнения: практически у всех больных 20 наблюдалась постгеморрагическая анемия – которая скорректирована гемотрансфузией и введением ферропрепаратов.

У 6 больных отмечалось развитие посттравматической пневмонии, после проведения соответствующих лечебных мероприятий состояние их с улучшением, пневмония разрешилась.

У 2 больных отмечалось нагноение послеоперационной раны (после открытого у 1 больного и закрытого перелома у 1 больного), проводилась рациональная антибактериальная терапия. Процесс с купированием.

Летальность составила 4 больных. У 3 больных после тяжелой черепно-мозговой травмы, у другого отмечалось развитие осложнения в виде кровотечения из острых язв желудка на фоне полиорганной недостаточности.

Заключение. Активная хирургическая тактика в раннем периоде травматической болезни у больных с политравмой с использованием современных малоинвазивных методов (лапароскопии, видеоторакоскопии) и применение атравматичных методов стабилизации повреждений ОДА на основе предложенного стержневого аппарата наружной фиксации позволяет снизить развитие осложнений, летальные исходы и получить положительные результаты лечения.

ЛАБОРАТОРНО-БИОМЕХАНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТЕРЖНЕВОГО АППАРАТА НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ НОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

¹Каримов М.Ю., ¹Салохиддинов Ф.Б., ²Тешабаев З.Р., ¹Эргашев А.З.

¹Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

²Институт механики и сейсмостойкости сооружений им. М.Т. Уразбаева, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: лабораторно-биомеханическая оценка на стабильности стержневого аппарата наружной фиксации новой конструкции.

Материалы и методы. Нами разработан стержневой аппарат (патент FAP 00737 от 08.06.2012 г.) для остеосинтеза длинных костей, содержащий четыре ду-



говые опоры, соединенные попарно резьбовыми стяжками, и установленные в кронштейнах консольные стержни. Аппарат снабжен средней опорой в виде дугообразной пластины с выполненными по длине двумя прорезями. В прорезях по разные стороны от опоры закреплено по две резьбовые стяжки, соединяющие попарно две опоры. Кронштейны, в которых установлены консольные стержни, закреплены на стяжках. Материалом биомеханических исследований явилась система «аппарат-кость». Проведены тесты на торсионные нагрузки, осевые компрессионные и растягивающей нагрузки.

Результаты. Система «фиксатор-кость» в стабильном режиме работает при осевом растяжении $P = 18$ кгс и сжимающей нагрузки $P = 21,5$ кгс, при снятии нагрузки система восстанавливается в первоначальное положение, без деформаций.

Максимальное значение угла поворота при сжимающей нагрузке составляет $P = 20,0$ кгс и крутящего момента $M = 30,0$ кгс \times см составляет $\varphi = 1,7$ градуса. Увеличение сжимающей нагрузки в совокупности с увеличением крутящего момента приводит к увеличению значения угла поворота от первоначального положения примерно в три раза.

Обсуждение. Разработанная нами новой конструкции стержневой аппарат имеет такие же качества, как и другие аппараты наружной фиксации: простотой применения, соответствует законам биомеханики. Так же имеет преимущества, который сохраняет расстояние «металл-кость» на всем протяжении конечности за счет ступенчатой формы, которая усиливает стабильность и сохраняет её до наступления консолидации перелома и устраняет ротационные смещения костных отломков без технических трудностей. Также при ходьбе уменьшается нагрузка на зону перелома.

Таким образом, разработанный стержневой аппарат наружной фиксации новой конструкции, показал достаточной прочностью и стабильности для остеосинтеза переломов длинных костей нижней конечности.

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

*Каримов М.Ю., Салохиддинов Ф.Б., Исмаилов Н.У.,
Мирзаахмедов Ф.М.*

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Цель исследования: изучение цитокинов в развитии инфекционно-воспалительных процессов при травматической болезни и возможность их коррекции полиоксидонием.

Материал и методы. Нами получено патент на изобретение «Способ прогнозирования развития инфекционных осложнений и их коррекции в остром и раннем периоде травматической болезни (патент № IAP 06797 29.11.2021г)», который прогнозирует развития инфекционных осложнений и их коррекции в остром и раннем периоде травматической болезни.

Объектами клинического изучения послужили 48 человек, поступивших в отделение травматологии Многопрофильной клиники ТМА в период 2010-2018гг.,



в возрасте от 18 до 47 лет, с переломами длинных костей нижней конечности. Мужской пол составило - 34 (70,8%) и женщин - 14 (29,2%).

Всем больным, входившим в исследование, проводилось комплексное лечение: инфузионно-трансфузионную терапию; инотропную, сосудистую и респираторную поддержку; энтеральное питание; антибактериальную терапию, из них 27 пострадавшие входили контрольную группу, которые получали традиционное лечение. В основную группу вошли 21 больной, которым кроме традиционного метода лечения дополнительно проводили иммунокорректирующую терапию с включением полиоксидония в течение 10 дней в дозе 6 мг, внутримышечно, через день, №5.

В динамике лечения травматической болезни было изучено динамика цитокинов IL-2, IL-6 и ФНО- α на 3-и, 7-е и 14-е сутки лечения.

На 3-и сутки наблюдался статистически значимое повышение исследования уровня IL -6 у пострадавших в 1,85 раза в контрольной группе. В последующие сроки уровень его постепенно снижался, но все еще превышал нормативные величины в 1,69 и 1,39 раза на 7-е и 14 сутки исследования. Такая же динамика была характерна и для содержания ФНО- α в сыворотке крови пострадавших. Уровень цитокинов в сыворотке крови зависел от степени тяжести и динамики шока, а также развития инфекционно-воспалительных процессов.

У больных в основные группы индекс соотношения составил 1,17; 1,17 и 1,05 на 3, 7 и 14 сутки соответственно. Включение полиоксидония способствовало не только более быстрому росту активации пролиферативных процессов, но и нормализации этого процесса. Эти данные подтверждается и показателями цитокинов в динамике наблюдения. Секрция IL -2 выявляется через 3-4 часа после стимуляции (травматизации) и быстро прекращается. Рост цитокинов IL-6 и ФНО- α повышает продукцию IL-2 в последующие сроки. Высокие значения IL-6 и ФНО- α более выражено снижались при включении в комплекс лечения полиоксидония, а низкие значения IL -2 достигали нормативных значений, тогда как в контрольной группе они сохраняли тенденцию к повышению.

Действительно, при анализе клинических данных наблюдались следующие осложнения: инфекционные осложнения - у 6 (22,2%) и 2 (9,5%) пациентов, вовлечение в патологический процесс легких и бронхов отмечено у 10 (37%) и 4 (19%), пролежни крестцовой, пяточной и лопаточной области - у 7 (25,9%) и 1 (4,8%) больного, нагноение послеоперационной раны - у 4 (14,8%) и 2 (9,5%) пациентов, соответственно в контрольной и основной группах.

Таким образом, при травматической болезни в ранние сроки отмечается рост провоспалительных цитокинов IL-6 и ФНО- α и снижение продукции IL -2, и более выраженное у пациентов с наличием обширных гематом и тяжести травмы. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение полиоксидония при травматической болезни в ранние сроки, особенно у пациентов с риском развития септических осложнений.